

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 153

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR TIXIER

Des Accidents
provoqués par les
Lipomes Préherniaires
dans les Hernies Inguinales et Crurales

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 6 Février 1923.

PAR

Sava TZVÉTANOVITCH

né à BELGRADE (Yougo-Slavie), le 2 Mars 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

DES ACCIDENTS PROVOQUÉS PAR LES
LIPOMES PRÉHERNIAIRES DANS LES
HERNIES INGUINALES ET CRURALES

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 153

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR TIXIER

Des Accidents

provoqués par les

Lipomes Préherniaires

dans les Hernies Inguinales et Crurales

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 6 Février 1923.

PAR

Sava TZVÉTANOVITCH

né à BELGRADE (Yougo-Slavie), le 2 Mars 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
 Doyen
 Assesseur

M. HUGOUNENQ.
 MM. J. LEPINE.
 ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
 A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales Cliniques chirurgicales Clinique obstétricale et Accouchements Clinique ophtalmologique Clinique des maladies cutanées et syphilitiques Clinique neurologique et psychiatrique Clinique des maladies des enfants Clinique des maladies des femmes Clinique d'oto-rhino-laryngologie Clinique des maladies des voies urinaires Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie Chimie biologique et médicale Chimie organique et Toxicologie Matière médicale et Botanique Parasitologie et Histoire naturelle médicale Anatomie Histologie Physiologie Pathologie interne Pathologie et Thérapeutiques générales Anatomie pathologique Chirurgie opératoire Médecine expérimentale et comparée et bactériologie Médecine légale Hygiène Thérapeutique Pharmacologie	MM. TESSIER ROQUE BARD TIXIER BERARD COMMANDEUR. ROLLET NICOLAS LEPINE (J.) WEILL POLOSSON (A.) LANNOIS ROCHET N.-JOSSEBRAND CLUZET HUGOUNENQ MOREL BRETIN GUIART LATARJET POLICARD DOYON COLLET MOURIQUAND PAVIOT VILLARD ARLOING (F.) Etienne MARTIN COURMONT (F.) PIC MOREAU
---	---

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe..... — — Propédeutique de gynécologie..... — — Chimie minérale — — Urologie	VALLAS. CONDAMIN. BARRAL. GAYET.
--	---

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique Embryologie Orthopédie Puériculture et hygiène de la première enfance..... Stomatologie	PATEL GRAVIER. LAROYENNE. CHATIN. TELLIER
--	---

AGRÉGÉS

MM. NOGIER LERICHE THEVENOT (Léon) TAVERNIER CADE GARIN	MM. SAVY FROMENT THEVENOT (L.) PIERY COTTE DUROUX	MM. TRILLAT SARVONAT FLORENCE (G.) ROCHAIX CORDIER	MM. ROUBIER FAVRE BONNET NOEL, chargé des fonctions
---	---	---	--

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. TIXIER, *président*, M. TAVERNIER, *assesseur*
 MM. THÉVENOT Léon et BONNET, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA PIEUSE MÉMOIRE
DE MA MÈRE
ET
DE MON FRÈRE DOUCHAN

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
Officier de la Légion d'Honneur
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Professeur de la Clinique Chirurgicale

Hommage de notre reconnaissance pour
l'honneur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse.
Nous le prions d'agréer ici l'expression
de notre profonde gratitude pour l'ai-
mable accueil ainsi que pour les pré-
cieux conseils qu'il nous a donnés au
cours de ce travail.

A MES MAÎTRES
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

DES ACCIDENTS PROVOQUÉS PAR LES LIPOMES PRÉHERNIAIRES DANS LES HERNIES INGUINALES ET CRURALES

INTRODUCTION

Au mois de mai, l'année dernière, est entrée, à la clinique de M. le professeur Tixier, une femme porteuse de deux hernies inguinales et, à l'opération, l'on a reconnu que les deux prétendues hernies n'étaient que deux lipomes préherniaires enflammés, avec les symptômes cliniques réduits au minimum. Alors, nous avons eu la curiosité de chercher quels étaient les troubles possibles engendrés par ces lipomes préherniaires ; car, à côté de troubles légers, comme dans notre cas, ces lipomes préherniaires enflammés peuvent, par eux-mêmes et en dehors de toute lésion du sac herniaire, donner des symptômes qui imposent le diagnostic d'étranglement herniaire. D'ailleurs, dans la plus grande majorité des cas, les malades viennent sur la table d'opération avec le diagnostic « hernie étranglée », et ce n'est qu'au cours de l'intervention

que l'on reconnaît la vraie nature de la tumeur qui a donné ces redoutables symptômes d'occlusion.

Si ces accidents sont bien connus dans les hernies épigastriques, les hernies de la ligne blanche, ils sont rares dans les hernies crurales, mais plus rares encore dans les hernies inguinales (nous n'avons trouvé que 6 cas publiés). Aussi, dans notre modeste travail, nous n'entreprendrons pas l'étude des lipomes de la *linea alba*, mais seulement des lipomes préherniaires de la région crurale et inguinale.

Cependant, il ne faut pas conclure, du petit nombre d'observations publiées, que les accidents dus aux lipomes préherniaires sont inconnus des anciens auteurs. En effet, nous étions assez heureux de trouver une observation de ce genre dans les œuvres d'Ambroise Paré, que nous apportons ailleurs *in extenso* (voir obs. II). D'après les auteurs, Morgani aussi les connaissait. Au commencement du dernier siècle (1816), Cruveilhier discute les symptômes des lipomes herniaires enflammés et, quelques années plus tard (1821), Bigot choisit pour sujet de sa thèse « des tumeurs graisseuses extérieures au péritoine qui peuvent quelquefois simuler des hernies ». Les thèses de Bernutz (1846) et de Battenberg (1850), ainsi que deux observations (l'une à Costilhes, l'autre à Delaunay) parues dans la *Gazette Médicale*, passent sans attirer l'attention des chirurgiens. Cependant, Gosselin parle, dans la *Clinique Chirurgicale* (1879), à propos d'une malade, des lipomes enflammés qui peuvent être pris pour des hernies étranglées.

Dans la littérature étrangère on ne trouve qu'un

intéressant article de Wernher (1869) et un autre, en 1886, d'Hutchenson.

La question est reprise en Allemagne dès 1902, par une publication, de Wendel, d'un cas où la torsion du lipome préherniaire donnait les symptômes d'étranglement herniaire. Deux ans plus tard, Kaufmann fait sa thèse « *Über platzliches Auftretens und Einklemmung von Fettbrüchen* » et, en 1908, Sachs rapporte cinq observations de lipomes simulant des hernies étranglées.

Dans la littérature italienne nous découvrons une très belle observation de Costa.

En France l'attention est attirée par une communication, faite à la Société de Chirurgie de Paris, par Pierre Delbet, à propos de deux observations de Hardouin (1911). L'année suivante Tourneux publie deux observations personnelles. En 1920, à côté de celles-ci, Tourneux donne encore deux nouveaux cas, et les fait précéder d'un bel article dans lequel il étudie, avec soin, la symptomatologie et la pathogénie des lipomes préherniaires étranglés.

Comme nous avons déjà dit, plus haut, nous nous occuperons dans notre étude seulement des lipomes préherniaires de la région crurale et inguinale.

Notre tâche sera de donner quelques précisions sur l'évolution clinique des troubles engendrés par ces lipomes et d'indiquer la thérapeutique possible de ces troubles.

CHAPITRE PREMIER

Les accidents provoqués par les lipomes préherniaires.

D'après notre étude, il résulte que les lipomes préherniaires sont capables de donner lieu à deux sortes d'accidents :

1° DES ACCIDENTS MÉCANIQUES, dans lesquels nous rangeons : a) *l'étranglement du lipome*, et b) *la torsion du lipome* ;

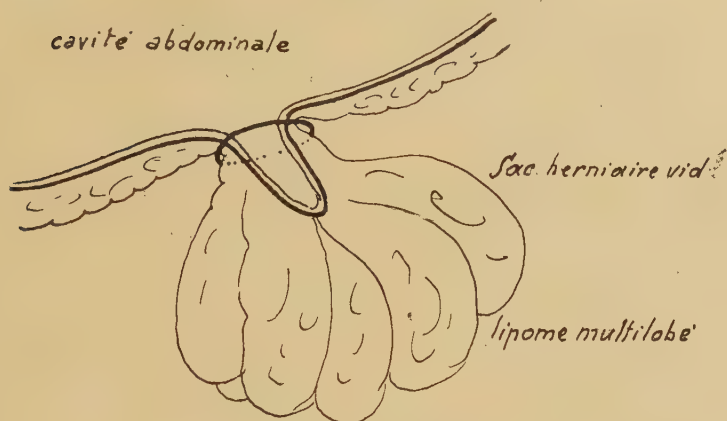
2° DES ACCIDENTS INFLAMMATOIRES : l'inflammation du lipome avec, ou sans, la coexistence de l'inflammation du diverticule péritonéal.

1° DES ACCIDENTS MÉCANIQUES

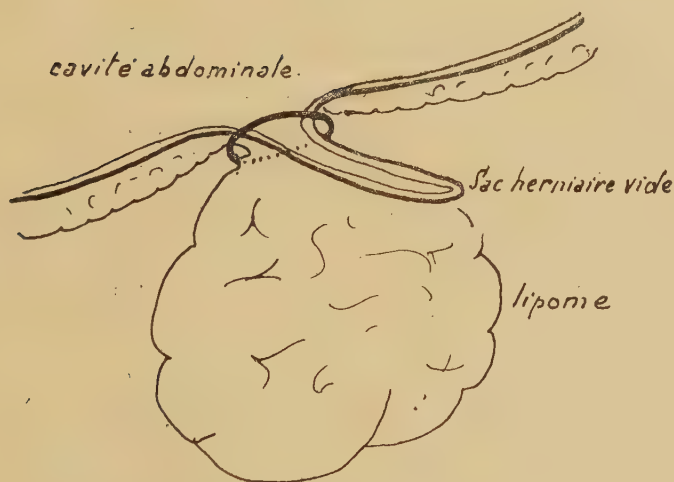
A) L'ÉTRANGLEMENT

Dans le cas de l'étranglement du lipome préherniaire l'on se trouve, lorsqu'on incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et divers facias, en présence d'une tumeur jaune rougeâtre, de forme ovoïde et

souvent légèrement aplatie d'avant en arrière. Les dimensions de la tumeur varient de la grosseur d'une noix jusqu'à celle d'une pomme, ce qui est exceptionnel, le moyen volume étant d'un œuf de poule. Cette



Un lipome multilobé.



Lipome suspendu au sac herniaire vide.

tumeur, de consistance molle, est facilement énucléable, sauf en un point vers son pôle supérieur. Sur sa surface mamelonnée on ne voit que très peu du tissu du voisinage. Généralement unilobulaire, elle peut être formée de plusieurs lobes mais, dans ce dernier cas, les lobes adhèrent fortement les uns contre les autres. Le tout est recouvert d'une capsule fibreuse de faible épaisseur.

Ainsi, comme nous l'avons dit, la tumeur est facilement énucléable de sa loge, sauf en un point de son extrémité supérieure où elle adhère fortement à la paroi musculaire. Si l'on fait la dissection en ce point, l'on se trouve en présence d'un anneau musculo-fibreux par lequel se perde, dans la cavité abdominale, la tumeur qui est représentée ici par un mince pédoncule.

Dans l'intérieur de la tumeur l'on trouve un corps blanchâtre, cylindrique, long de 3 à 4 cm. et plus dur que le tissu, d'aspect graisseux, qui l'entoure. Il sort par l'extrémité supérieure de la tumeur, traverse l'anneau musculo-fibreux et s'implante dans le péritoine. Si l'on pratique une coupe longitudinale sur ce corps cylindrique, l'on constate l'existence d'un canal, dont le diamètre varie de quelques millimètres à un centimètre, qui mène à la cavité péritonéale : c'est l'ébauche d'un sac herniaire.

Ce diverticule péritonéal n'a pas toujours cette disposition que nous venons de lui décrire. Il arrive quelquefois qu'il n'est pas englobé par la tumeur mais lui adhère en partie seulement, alors le lipome paraît comme suspendu au diverticule.

Si l'on examine de plus près un lobe de la tumeur, l'on voit que de la capsule partent, vers l'intérieur du lipome, plusieurs travées fibreuses le divisant en lobules. L'examen microscopique montre que ces lobules sont, eux-mêmes, décomposés, par des travées plus fines, en alvéoles formées de cellules graisseuses. Ces cellules adipeuses ne présentent aucun intérêt particulier.

Les lipomes préherniaires paraissent être très bien vascularisés. A la surface déjà l'on remarque des riches réseaux sanguins. Un auteur a vu, près du centre d'un lipome, un vaisseau dans lequel il a pu facilement introduire le bout d'un stylet. En tout cas, lorsque l'on examine la pièce l'on peut constater, outre des vaisseaux, en quelque sorte propres au lipome, qui proviennent du réseau sanguin péritonéal, la présence de nombreuses artérioles provenant du tissu sous-cutané ambiant. Toute la tumeur paraît comme congestionnée. Les capillaires dilatés sont engorgés de sang et l'on note toujours des infiltrations et, par place, des véritables lacs sanguins.

A quoi est-elle due cette congestion et cette infiltration du lipome ? Cette question sera facilement résolue si nous examinons la partie supérieure de la tumeur, celle qui était au contact immédiat de l'anneau musculo-fibreux. En effet, nous y trouvons des sillons plus ou moins profonds : la signature indéniable d'une forte constriction de l'anneau herniaire. En ce point l'examen microscopique nous montre des capillaires et des vaisseaux de petits calibres écrasés, détruits et des gros vaisseaux, aux parois plus résis-

lantes, aplatis et déformés. Au-dessus et surtout au-dessous des sillons l'hyperhémie est au maximum.

Ce désordre et cette congestions n'est pas marquée seulement sur le tissu lipomateux, mais aussi sur la séreuse, mais à un degré, il est vrai, moindre.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte, que *l'étranglement de lipomes préherniaires est uniquement dû à la forte constriction de l'anneau herniaire et indirectement cette même constriction est responsable des troubles engendrés par les lipomes étranglés.*

B) LA TORSION

Les lipomes préherniaires sont susceptibles, lors d'un effort musculaire (accès de toux), en rompant



Torsion d'un lipome préherniaire.

les adhérences contractées avec le tissu voisin, de tourner autour de leur axe longitudinal et de réaliser ainsi la torsion de leur pédoncule. De là il résulte, le traumatisme et une gêne circulatoire bien compréhensible.

Dans ces cas, on trouve la masse lipomateuse dans un milieu pâteux, infiltré. Le pédoncule est une ou deux fois tordu dans son grand axe longitudinal.

A la coupe transversale l'on trouve au centre une cavité de dimensions d'une noisette, remplie d'une substance blanc-grisâtre, gélatineuse. La paroi de la cavité n'est pas uniquement formée du tissu adipeux, mais on remarque, çà et là, des surfaces en tissu conjonctif. La coupe transversale de la paroi nous montre dans la zone superficielle des couches concentriques de diverses épaisseurs.

L'examen microscopique montre que le contenu de la cavité est formé de débris dont les formes anatomiques ne peuvent pas être reconnues. La paroi interne est formée de tissu nécrosé. A celle-ci succède une forte couche du tissu adipeux. La dernière est la couche fibreuse, peu riche en vaisseaux, entrecoupée par des minces couches de tissu graisseux. Les vaisseaux sont engorgés de sang et marquent dans leur voisinage des petites infiltrations.

2° LES ACCIDENTS INFLAMMATOIRES

Dans certains cas de l'étranglement du lipome l'on voit des lésions inflammatoires bien nettes, et alors

il est difficile de dire la part de troubles qui revient à l'étranglement ou à l'inflammation. Mais il est légitime d'incriminer celle-ci dans les cas où l'on ne peut pas constater l'étranglement et où sont, par contre, les lésions inflammatoires bien caractérisées.

Cette inflammation du lipome peut être causée par une contusion, un coup porté au niveau de la tumeur, une lymphangite venue de l'extérieur, etc., mais tout cela est rare ; beaucoup plus souvent l'inflammation est propagée au lipome par le diverticule péritonéal. Alors, elle peut prendre l'allure d'appendicite, de lithiase biliaire et surtout d'annexites. De plus, nous croyons que l'inflammation de lipome préherniaire est souvent symptomatique d'une de ces affections.

En effet, voici ce que nous lisons chez Jaboulay et Patel (Hernies, p. 213) :

« *Sac déshabité* : de sac peut être déshabité et subir, sans qu'il ait jamais eu contenu ni épiploon ni intestin, des fluctuations de volume, se gonflant et se resserrant, et des phénomènes irritatifs intrapéritonéaux fréquents chez la femme et d'origine annexielle. Ces sacs, lorsque on les incise, montrent une surface interne enflammée et congestionnée, preuve de la continuité à leur intérieur d'une inflammation née plus haut. Ils peuvent enfin s'isoler complètement du péritoine, former des poches closes, qu'il est possible d'extirper comme des tumeurs sans se préoccuper du contenu, qui ne saurait venir du ventre ».

Ceci dit pour les sacs herniaires déshabités, il nous semble, qu'à plus forte raison, un sac vide, mais

irrité continuellement de l'extérieur par la charge d'une tumeur, peut présenter des pareils phénomènes inflammatoires et les transmettre ensuite à son voisin immédiat — le lipome préherniaire.

Que l'inflammation vint de l'extérieur ou bien qu'elle soit propagée au lipome par le sac herniaire, il importe peu, les lésions inflammatoires du lipome sont toujours plus avancées que celles du sac, le tissu fibreux étant plus résistant que le tissu adipeux.

Entourés du tissu sous-cutané congestionné, infiltré, ces lipomes préherniaires enflammés, de volume d'une petite pomme, grisâtres, sont moux à la palpation et, dans certains cas, on peut obtenir la sensation de fluctuation.



Inflammation d'un lipome préherniaire.

Le tissu adipeux de la tumeur, enveloppé d'une capsule fibreuse résistante et épaisse, se montre à la

coupe sous l'aspect d'une masse brun-rougeâtre, infiltrée et très molle. Au centre de cette masse enflammée, l'on voit le diverticule péritonéal congestionné plongeant au milieu d'un exsudat louche. Dans les cas plus avancés de l'inflammation, l'on voit, à l'intérieur du lipome, à côté du tissu, pour ainsi dire, normal de la tumeur, des débris de tissus nécrosés sans qu'on puisse leur déceler une forme anatomique. Alors, à l'ouverture du lipome, l'on se trouve en présence d'une cavité remplie d'une substance liquide, plus ou moins épaisse, de coloration variable et, quelquefois, franchement purulente. La paroi mamelonnée de cette cavité est formée de tissu frappé de mort et ce n'est que par place qu'on peut distinguer le tissu graisseux du lipome ou quelques surfaces fibreuses.

Au milieu de la substance liquide formée de tissu nécrosé et de l'exsudat purulent, l'on trouve le diverticule péritonéal ou seulement ses débris dans les cas les plus avancés.

Le plus souvent l'on trouve ce sac péritonéal congestionné, rigide, inextensible, sclérosé ; cela peut nous servir de preuve qu'il est déjà depuis longtemps déshabité.

Dans d'autres cas, l'on peut voir la partie supérieure du canal, qui relie le sac à la cavité péritonéale, s'oblitérer par un processus inflammatoire et réaliser ainsi un kyste, indépendant du péritoine, rempli de l'exsudat purulent. Il est facile de comprendre que, de cette façon, la cavité péritonéale se trouve à l'abri d'une infection éventuelle partie du

sac ou du lipome. Nous rapprochons ceci à ce qu'on observe quelquefois dans les étranglement herniaires où, s'il existe un kyste saculaire au-devant du sac. l'on peut trouver le kyste rempli de liquide sanglant ou louche. Pelletan déjà connaissait l'inflammation de ces kystes sacculaires, qui n'est pas exceptionnelle. L'an dernier, M. le Professeur agrégé Bonnet a eu l'occasion d'observer ainsi un kyste sacculaire plein de sang au-devant d'un étranglement herniaire.

En résumé, nous disons que le lipome préherniaire peut être enflammé. Les lésions inflammatoires peuvent aller, de la simple congestion et hyperhémie de la tumeur, jusqu'au plus haut degré : nécrose. L'inflammation est propagée au lipome de l'extérieur, ou bien, ce qui est plus souvent le cas, elle vient du sac péritonéal.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

En clinique, il n'y a plus à tenir compte de ces formes anatomiques des lipomes préherniaires que nous venons de décrire : ici elles se confondent.

En clinique les lipomes préherniaires se présentent sous deux formes :

1°) *Le syndrome étranglement herniaire*, où les accidents arrivent brutalement en quelques jours, ou même en quelques heures ; et

2°) *Les formes atténuées*, où il existe déjà, depuis plus ou moins longtemps, une tumeur gênante donnant de temps en temps des alarmes pour aboutir un jour ou l'autre à la première forme, c'est-à-dire, avoir toutes les apparences d'une hernie étranglée.

1° LE SYNDROME ETRANGLEMENT HERNIAIRE

Le plus souvent c'est à l'occasion d'un effort musculaire (accès de toux, effort fourni pour soulever un

poids, etc.), et quelquefois sans aucune cause apparente, que le sujet ressent une vive douleur, localisée à la région inguinale ou crurale, qui l'oblige de cesser son travail.

La douleur s'accompagne de l'apparition, dans le pli de l'aîne, d'une tumeur bosselée de la grosseur d'un marron ou d'un petit œuf de poule. La peau, qui la recouvre, est inaltérée et ne lui adhère pas. Cette tumeur est douloureuse est d'une consistance assez dure ; à la percussion elle est mate. La toux ne l'augmente pas de volume et même ne lui communique pas d'impulsion. Les essais de réduction restent sans résultats. Contrairement à ce qu'on trouve chez les petites hernies étranglées, les lipomes pré-herniaires sont mobiles sur les plans sous-jacents, et il paraît, d'après M. Tourneux, qu'avec bonne volonté l'on réussit toujours de les déplacer.

La douleur, partie de la tumeur, s'étend peu à peu sur presque la totalité du ventre, mais principalement du côté où siège la tumeur ; ses irradiations vont vers le dos et les hypocondres. Dans quelques cas la tumeur n'est pas sensible, mais la palpation de la paroi abdominale fait révéler de vives douleurs.

L'abdomen est plus ou moins tendu et montre un certain degré de météorisme.

Malade alité, d'aspect fatigué, n'a que peu de fièvre, 38° à 38°5 ; son pouls est petit, dépressible de 80 à 100 pulsations. Il présente quelques hoquets seulement dans les premières heures, ensuite surviennent les nausées violentes et les vomissements. Ces vomissements sont alimentaires, rarement bilieux. Cepen-

dant, Delaunay et Aronheim ont noté des vomissements fécaloïdes.

Pour simuler parfaitement l'étranglement herniaire vrai, il ne manque que l'arrêt des matières et des gaz. En effet, dans la majorité des cas, ces deux graves symptômes d'occlusion ne tardent pas de s'établir progressivement : d'abord l'arrêt complet des matières et ensuite les gaz sont suspendus.

En somme : tumeur irréductible au niveau d'un orifice herniaire, abdomen douloureux et métorisé, nausées et vomissements, l'arrêt complet des matières et des gaz font conclure le diagnostic d'une hernie étranglée.

Diagnostic. — Peut-on faire avec la certitude le diagnostic de ces lipomes préherniaires qui simulent, à s'y méprendre, des hernies étranglées ? A notre connaissance, il n'existe plus qu'une vingtaine des observations de ce genre, et encore, publiées par treize différents auteurs de ces derniers cent ans ! Vraiment, nous nous sentons trop peu compétent de tirer des conclusions décisives de ce matériel si disparate. Alors, nous nous contentons seulement de rapporter ici quelques signes donnés par les auteurs dont la valeur est connue.

Cruveilhier pose la question : « Comment reconnaître ces hernies ? », et répond : « La manière dont rentrent les parties déplacées est peut-être le signe le plus univoque ; il y a *déplacement* et non *réduction* ».

Tillaux dit, que le lipome est indépendant du canal inguinal et *mobile sur l'aponévrose sous-jacente*.

La mobilité relative de la tumeur a permis à M. Tourneux de porter trois fois le diagnostic, confirmé à l'opération, de lipome préherniaire étranglé. (Voir observations XXI, XX, XIX.)

Aussi, avec M. Tourneux, nous osons retenir *la mobilité de la tumeur* comme un signe de certaine valeur, d'autant plus que sur 21 observations, que nous connaissons, neuf fois l'on a noté que la tumeur est mobile.

2° LES FORMES ATTÉNUÉES

Dans les formes atténuées l'apparition de la tumeur n'est pas marquée, dans la plupart des cas, d'aucun trouble ou gêne fonctionnelle. C'est par hasard que le malade découvre, au niveau d'un orifice herniaire, une toute petite tumeur, dont la grosseur ne dépasse pas celle d'une noisette ou d'un gros haricot, roulant sous les doigts, de consistance pâteuse et absolument indolore. Le malade de Costa la portait quinze ans sans aucune gêne.

Ce n'est que plusieurs mois ou plusieurs années après l'apparition de la tumeur, que le malade sent quelques vagues douleurs au pli de l'aîne, et il n'est pas rare, que la tumeur soit à cette occasion seulement découverte. Cet état, de douleurs vagues et périodiques, peut rester stationnaire jusqu'au mo-

ment où éclatent les divers troubles caractéristiques de l'étranglement herniaire.

Dans d'autres cas, ces crises douloureuses sont autrement graves et peuvent simuler diverses affections à réflexes péritonéaux.

Nous citerons, tout d'abord, une malade (de Sachs) qui souffrait depuis longtemps de coliques hépatiques et, comme telle, elle était soignée par divers médecins. Ce n'est que plusieurs années après que les médecins remarquèrent une petite tumeur douloureuse dans le pli de l'aîne droite et alors la malade déclare que cette tumeur existe depuis qu'elle a des coliques hépatiques, qu'elle fait son apparition avec les coliques hépatiques et disparaît au moment où les douleurs cessent. L'on croit à une hernie étranglée et on l'opère, mais c'est un lipome préherniaire qu'on enlève. Depuis, les coliques hépatiques disparaissent à jamais.

Une autre malade présente des nausées et des violentes douleurs dans le ventre. Ces crises douloureuses sont accompagnées d'apparition d'une petite tumeur dans l'aîne droite qui disparaît en quelques heures en même temps que les douleurs. C'est encore un lipome préherniaire que l'on trouve à l'opération.

Chez d'autres, la tumeur, apparue depuis plus ou moins longtemps, augmente de volume au moment qu'éclatent les crises douloureuses que l'on rapporte généralement à une autre cause.

Comme on le voit, ces formes des lipomes préherniaires peuvent être pendant des années dissimulées;

et ce n'est qu'en découvrant la tumeur au niveau d'un orifice herniaire, que l'on est tenté de rapporter ces troubles à la hernie.

Il est entendu que ces formes atténuées aboutissent finalement au syndrome d'étranglement.

CHAPITRE III.

Indications thérapeutiques.

Bien que, dans certains cas des formes atténuées, l'on voit la tumeur diminuer de volume et cesser d'être douloureuse sous l'influence d'application de compresses froides, nous croyons qu'on est toujours conduit à opérer :

- a) Parce qu'il y a des symptômes d'étranglement ;
- b) Parce que la hernie est douloureuse et s'accompagne de petits troubles qui peuvent, un jour ou l'autre, devenir graves.

Mais que faire ?

Faut-il se contenter de réséquer le lipome avec le petit sac péritonéal auquel il adhère et reconstituer la paroi ?

Faut-il, au contraire, ouvrir le sac et explorer le ventre ?

L'on pourrait être tenté de faire la résection pure et simple, lorsque le lipome est très enflammé et suppuré, dans la crainte d'infecter le péritoine. Nous

reconnaissons que c'est une crainte bien légitime. Mais on risque de méconnaître la vraie cause de l'inflammation du lipome; telle qu'un étranglement de l'intestin dans le sac — un étranglement déjà réduit spontanément ou au cours de l'intervention; une inflammation telle que l'appendicite, etc...

Nous citons le cas de Costilhes, où l'on se contenta de réduire la tumeur à travers de l'anneau herniaire élargi. Le malade mourut et, à l'autopsie, on reconnut le pincement latéral de l'intestin et du péritoine.

Ainsi notre conclusions serait plutôt :

L'on peut se contenter de la résection pure et simple du lipome et du sac péritonéal dans les cas :

a) où l'on trouve nettement une torsion mécanique du lipome (comme c'est le cas chez le malade de Wendel, obs. VIII) ;

b) où le sac est enflammé par une lymphangite nettement venue de l'extérieur (plaie du pied, ulcération des organes génitaux) ;

c) où l'inflammation est le produit de la contusion par bandage.

Dans les cas où la symptomatologie est très atténuée — un peu de douleurs, et où l'on trouve à l'opération un lipome hyperhémie ou épaissi, blanchâtre, nacré, dur : signes d'inflammation chronique, l'on peut encore se contenter de la résection du lipome. Mais, dans ces cas, il faut se méfier et suivre le malade pour s'assurer qu'il n'a pas d'annexite, appendicite chronique, lithiasse biliaire, lésion d'intestin ou du

péritoine, qui aurait été la cause, passée inaperçue, de cette inflammation atténuée.

Dans tous les cas dont la symptomatologie est aiguë — symptômes d'étranglement herniaire — il faut se méfier des inflammations intra-péritonéales sous-jacentes. Et toutes les fois que l'on n'a pas trouvé un accident mécanique net comme cause de l'inflammation ou du sphacèle, il faut ouvrir le sac, voir le péritoine, et voir s'il existe un léger exsudat louche ou glutineux. Alors, s'il existe un peu de liquide, agrandir l'incision, sectionner l'anneau herniaire, pratiquer en somme une hernio-laparotomie, et aller voir s'il n'y a pas une anse intestinale réduite, un pincement latéral ou toute autre cause qui aurait pu communiquer l'inflammation au lipome.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Clinique de M. le Professeur TIXIER)

*Hernie inguinale bilatérale. A gauche, inflammation
du lipome préherniaire.*

S... Constance, 28 ans, coiffeuse.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu le 8 mai 1922, admise par M. le Professeur Tixier qu'elle est allée consulter pour des douleurs abdominales.

Antécédents héréditaires et collatéraux : Père et mère bien portants ; deux sœurs et un frère en bonne santé.

Antécédents personnels : Pas de maladie importante dans l'enfance, si ce n'est la rougeole. Pas de stigmates de tuberculose, ni adénopathie, ni otite, ni pleurésie. Réglée à 15 ans régulièrement.

Mariée (mari bien portant) ; a deux enfants bien portants. A eu entre les deux une fausse-couche de trois mois et demi.

Les premiers symptômes fonctionnels de l'affection actuelle remontent à trois ans. A cette époque, le malade souffrait des douleurs abdominales, particulièrement au niveau de l'aîne gauche, avec irradiations dorsales. Les douleurs étaient surtout marquées après la fatigue. A ce moment déjà la douleur existait au niveau de l'aîne droite, mais beaucoup moins vive qu'à gauche. Elle n'est devenue aussi intense que depuis quelques mois.

La malade, à l'occasion des crises douloureuses, avait

découvert depuis un an ou davantage, une petite tuméfaction à l'aîne, du côté gauche.

Depuis deux mois les douleurs sont devenues plus vives, accompagnées de troubles digestifs plus marqués le matin : nausées, hoquets.

La malade était obligée de se reposer pendant quelques instants au moment de la crise douloureuse.

Ces derniers accidents la déterminèrent à consulter le professeur Tixier ; celui-ci découvrit deux hernies, l'une gauche inguinale du volume d'un petit œuf, un peu sensible à la palpation ; l'autre droite inguinale aussi, mais petite, effacée, insensible à la palpation.

A l'examen, le 8 mai :

Malade maigre : abdomen excavé. Au niveau des deux régions inguinales, on remarque deux saillies : l'une gauche plus volumineuse, un peu dure, augmente de volume dans la station debout et subit l'impulsion de la toux sans être réductible ; l'autre droite, de consistance pâteuse, inégale, se réduit facilement, sans douleur.

L'examen gynécologique ne relève aucune relation entre les crises douloureuses et la date d'apparition des règles.

Au toucher : utérus en légère rétroflexion, un peu volumineux, pas d'annexite.

En résumé, l'examen systématique pratiqué à l'occasion de douleurs abdominales a permis de reconnaître :

- 1° Une hernie inguinale gauche avec gros sac ;
- 2° Une impulsion inguinale à droite ;
- 3° Une rétroversion non adhérente, facilement réductible, sans lésion annexielle.

Le 9 mai, opération (MM. Tixier, Bonnet, Barbier) : Incision transversale sus-pubienne.

1° A droite : il existe un petit lipome préherniaire et une ébauche de sac adhérent au ligament rond. Extirpation du lipome. Ouverture et exploration du sac. Fermeture du sac. On isole le ligament rond sur lequel on exerce des tractions énergiques ;

2° A gauche : le canal inguinal est ouvert largement. On se trouve en présence d'un lipome préherniaire du volume d'un petit œuf, dur, lobulé, à caractère inflammatoire, couvert de taches nacrées qui tranchent sur la coloration rouge et l'aspect œdémateux du lipome. Un sac herniaire le prolonge vers le péritoine sans caractère inflammatoire bien net. En dedans, on aperçoit la graisse sous-péritonéale prévésicale. Le ligament rond gauche est isolé ;

3° Les deux ligaments ronds sont tirés également pour redresser l'utérus ; ils sont fixés l'un à l'autre au-devant du grand droit. Puis, de chaque côté, on les fixe dans le canal inguinal. On ferme à la Bassini de chaque côté les canaux inguinaux.

A droite, comme il y a beaucoup d'étoffe, on renforce la paroi antérieure.

Suites opératoires : Très simples. La malade quitte le service le 28 mai.

Examen de la pièce : Le lipome est extirpé avec un fragment du sac qu'il coiffe. Le sac ne paraît pas enflammé. Deux fragments sont envoyés pour l'examen histologique, l'un comprenant le sac, l'autre un fragment du lipome enflammé. Cet examen a permis de reconnaître des lésions d'inflammation banale sans qu'il soit possible d'établir des relations de priorité entre l'inflammation du sac et celle du lipome.

OBSERVATION II

(Ambroise PARÉ)

.....

C'est qu'un prestre de Saint-André des Arts, nommé M. Jean Moret, Epistolier, c'est-à-dire chantant l'Epistre au Dimanche, lequel avoit une hargne intestinale compette, se retira vers moy me monstant son mal, demandant secours, parce qu'il disoit sentir une très grande douleur, principalement en

chantant son Epistre. Voyant sa greueure, il luy dis que véritablement il devoit mettre un autre en sa place : ce qu'il fist, priant le Curé (pour lors nommé monsieur le Clerc, Doyen de la faculté de Théologie) et les marguilliers d'en commettre un autre, leur déclarant son impuissance. Ce que luy estant accordé, se mit entre mes mains, et il luy ordonnay plusieurs remèdes propres à son mal, luy faisant prendre un brayer, qu'il porta par l'espace de cinq ou six ans : et un iour luy demandant comment se portoit son mal, me fist response qu'il ne seauoit plus que c'estoit et qu'il estoit guari. Ce que iamais e n'eusse peu croire, si e ne l'eusse veu. Parquoy l'amenay à mon logis, et vey ses parties génitales sans aucun vestige de hargne : esmerveillé grandement comment il avoit peu estre guari, connoissant son aage. Or six mois après que l'eu ainsi revisité, advint qu'il mourut d'une pleurésie : et ayant seeu sa mort, m'en allay en la maison dudit Curé, en laquelle ledit Moret se tenoit, le priant qu'il me permist faire ouverture du corps mort, à fin que i'eusse connaissance quel bastiment nature avoit fait en la voye où les intestins descendoient : ce que volontiers m'accorda. Je proteste à mon Dieu que trouvay autour du trou de la production du Péritoine une substance adipeuse de la grosseur d'un petit esteuf, infiltrée et attaché si fort audit endroit, qu'à bien grande difficulté la pouvois détacher sans dilacérer et rompre les parties adiacentes. Et voilà la cause pourquoy la guarison s'en estoit ensuivie.

OBSERVATION III

(COSTILHES)

Femme L. A..., âgée de 52 ans, est entrée le 16 décembre 1841, à l'infirmerie de M. Collineau. Mère de cinq enfants, bien réglée, est d'une bonne constitution et d'un tempérament nerveux assez prononcé. Elle dit avoir toujours joui d'une bonne santé ; pourtant, il y a huit mois environ, au

moment où elle avait ses règles, et sans savoir à quelle cause l'attribuer, elle s'aperçut d'une tumeur dans l'aîne droite qui resta douloureuse pendant toute la durée de ses règles (3 à 4 jours). Depuis cette époque, elle a éprouvé trois fois ce même accident, sans que sa santé en ait été dérangée.

Le 15 décembre, veille de son entrée à l'infirmierie, la malade, qui avait ses règles depuis un jour, éprouva tout à coup dans l'aîne droite une douleur assez vive, à l'instant où elle s'asseyait pour manger.

Le 17 décembre, cette femme est vue pour la première fois par M. Collineau, qui reconnut une hernie épiploïque irréductible. Sur l'invitation de M. Collineau, nous nous rendons auprès de la malade et constatons l'état suivant :

Décubitus dorsal, facies normal ; la région inguinale droite présente une tumeur bosselée, pâteuse, du volume d'une noix, son grand diamètre est transversal ; elle s'étend en dehors, du côté de l'épine iliaque antéro-supérieure à 3 cm. environ ; en dedans, vers la grande lèvre, à 3 cm. environ. Cette tumeur est douloureuse à la puls légère pression et au moindre effort que fait la malade. Le ventre est souple, indolent dans la plus grande partie de son étendue. La malade a éprouvé le hoquet et quelques nausées. Pouls à 60, régulier. Taxis, sans résultats, est mal supporté par la malade. Cataplasmes de farine de lin. Lavement avec feuilles de séné, 15 gr.

Le soir, la tumeur n'a pas changé, le lavement a fait rendre un peu de matières fécales ; pouls à 64 ; tentatives de taxis toujours infructueuses ; le toucher, au-dessus de la tumeur, occasionne une douleur assez vive. Pas de vomissements. On cesse les cataplasmes et on applique sur l'aîne une vessie remplie de glace renouvelée fréquemment.

Le 18 au matin, les douleurs sont calmées par la glace ; la tumeur est toujours irréductible. On cesse l'application du réfrigérant. Potion avec sirop diacodé provoque les vomissements, on la supprime.

Le 19, état stationnaire.

20 décembre : Facies jaunâtre, un peu grippé ; hernie est plus douloureuse et l'abdomen un peu ballonné ; soif ; le

hoquet, qui a cessé la veille, reparait avec plus d'intensité que jamais. Malade a vomi des matières verdâtres mêlées à de la tisane.

Le 21 décembre, la tumeur est moins sensible, la soif diminuée. Abdomen assez souple. Le soir, pas de changement. Vers minuit, elle est prise de vomissements abondants.

Le 22 décembre, la tumeur n'est plus douloureuse, mais l'abdomen est toujours ballonné et douloureux. On se décide à opérer.

On dissèque avec précaution, couche par couche, le tissu cellulaire sous-cutané, on incise, sur une sonde cannelée les différents fascias et on arrive à un soc qui simule parfaitement un sac herniaire, par sa teinte demi-opaque et par sa surface lisse et polie; ce sac est ouvert sur la sonde cannelée; aucun liquide ne s'en écoule; il est épaissi sur plusieurs points, dur, et crie sous le bistouri comme du parchemin; nous constatons qu'il existait une hernie épiploïque ancienne, sur laquelle s'était entée une hernie de nouvelle formation. On détruit d'abord des adhérences, extrêmement intimes, entre le sac et la hernie ancienne; des adhérences plus récentes cédèrent plus facilement à la pression du doigt et cette portion de la tumeur grasseuse herniée, qui paraissait étranglée depuis quelques jours seulement, avait l'aspect normal.

Le doigt, porté au collet de la tumeur, ne put trouver la moindre ouverture pénétrant dans l'anneau inguinal; c'est avec les plus grandes difficultés qu'on parvint à faire passer une sonde à travers l'anneau. Le débridement se fit en haut et un peu en dedans, enfin une pression douce et graduée permit aux deux portions grasseuses herniées de rentrer sans difficulté.

La malade succombe le 23 décembre.

Autopsie, vingt-neuf heures après la mort.

L'abdomen est incisé transversalement à 11 cm. au-dessus de l'anneau inguinal; on écarte avec soin les anses intestinales du grêle qui présente une arborisation et un injection générale. Près de l'anneau inguinal droit, une portion de

l'intestin grêle adhère assez intimement avec le feuillet pariétal du péritoine, qui offre en ce point un sac herniaire commençant. Cette anse présente une tache noirâtre de 2 cm. environ. Le péritoine qui lui adhère marque aussi une tache semblable. Cette portion de péritoine, ainsi que l'anse intestinale étaient probablement à la partie la plus interne de l'anneau.

Une masse de tissu cellulo-graisseux, de couleur rouge brunâtre et du volume d'un gros œuf est unie très intimement à la face externe du sac péritonéal ; ce paquet grosseux est formé de lobules divers, sur lesquels rampent des artères et des veines d'un petit calibre. Nous trouvons près de son centre une artère remarquable par sa longueur et son diamètre ; nous avons pu facilement introduire dans son calibre un gros stylet boutonné ; cette artère paraissait se diriger de droite à gauche vers le petit bassin. Nous avons reconnu une masse grasseuse ancienne, celle qui adhérerait si intimement avec le prétendu sac et une masse grasseuse plus récente qui datait sans doute de l'époque des divers accidents éprouvés par la malade.

En dehors de la tumeur grasseuse, nous avons vu l'artère épigastrique prenant naissance de l'iliaque externe.

OBSERVATION IV

(CRUVEILHIER)

Un homme mourut quelques heures après son entrée à l'Hôtel-Dieu, se plaignant de vives douleurs à l'abdomen, qu'il rapportait à une chute faite quelques jours auparavant. On avait remarqué dans les régions inguinales deux tumeurs qu'on prit pour deux hernies. A l'ouverture du corps, nous trouvâmes le péritoine très rouge et les circonvolutions intestinales adhérentes entre elles au moyen de fausses membranes : les deux tumeurs inguinales étaient recouvertes de plusieurs couches celluleuse dont la plus profonde, libre et

lisse dans quelques points, me parut être le péritoine. Je pris pour l'épiploon une masse grasseuse du volume d'un œuf de poule, placée immédiatement au-dessous. Mais nous avions à faire à deux hernies grasseuses. Deux sacs herniaires vides, très considérables, existaient derrière.

OBSERVATION V

(DELAUNAY)

J..., âgé de 73 ans, entra le 9 novembre à l'hôpital Beaujon avec une lettre du médecin qui l'avait soigné et avait trouvé ce malade porteur de trois hernies engouées, deux à droite, l'une inguinale, l'autre crurale, la troisième à gauche et crurale.

A l'entrée du malade, on constate que la hernie inguinale ne s'est pas reproduite, qu'au contraire la hernie crurale droite est sortie de nouveau, mais elle est molle, indolente et facilement réductible. La tumeur du côté gauche est dure, arrondie, marronnée, douloureuse à la pression et bien évidemment crurale. Le ventre est ballonné et depuis quatre jours que les accidents ont débuté, le malade n'a pas été à la selle. Vomissements fécaloïdes, face pâle et grippée.

L'opération est faite par M. Gosselin : après avoir incisé la peau et les couches sous-jacentes, il arrive sur une membrane ayant toutes les apparences du sac herniaire ; celle-ci, divisée à son tour sur la sonde canelée, est trouvée adhérente par sa face interne à une masse d'apparence grasseuse ou épiploïque, et donnant à sa partie supérieure une sensation de résistance ou plutôt de fluctuation qui fait penser que là doit se trouver une portion d'intestin ; mais c'est une masse grasseuse présentant un pédicule qui s'enfonce profondément vers l'anneau crural, et M. Gosselin, en la déchirant avec précaution, tombe dans une petite cavité renfermant quelques gouttes de pus épais, presque concret, et tapissée d'une membrane ayant l'aspect d'une séreuse. Cette

cavité, de la capacité d'une noisette, ne paraît pas communiquer avec le péritoine. C'est en vain que les recherches les plus minutieuses sont faites à ce niveau, et dans la masse adipeuse il n'est pas possible de découvrir la moindre trace d'intestin, cependant, par précaution, le chirurgien débride vers l'anneau crural là où son doigt sent un resserrement.

Tous les symptômes de l'étranglement persistent les jours suivants. Les vomissements fécaloïdes continuent, et le malade meurt le 11 novembre.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION VI

(GOSSELIN)

La malade est une femme de 48 ans, elle ne s'était pas connu de hernie jusqu'à ces derniers temps. Le 30 avril 1874, en soulevant un matelas assez lourd, elle a été prise subitement d'une douleur dans l'aîne droite et dans les reins. Elle a dû se coucher, et en portant la main dans l'aîne, elle y a senti une grosseur du volume d'un œuf de pigeon. Peut-être cette grosseur venait-elle de paraître, en effet, mais peut-être aussi la malade l'avait-elle depuis longtemps sans le savoir, comme cela arrive si souvent pour la hernie crurale, et ne s'en est-elle aperçue qu'à cause de la douleur et, peut-être, d'une augmentation de volume occasionnée par le dernier effort. Quoi qu'il en soit, pensant alors à une hernie, elle pressa à diverses reprises pour la faire rentrer, elle n'y est pas parvenue, ou du moins, si elle a réduit une anse intestinale incomplète qui avait pu descendre avec la hernie graisseuse, elle n'en a pas eu connaissance.

Les jours suivants, la douleur a persisté dans l'aîne et dans les reins, sans que d'autres symptômes fonctionnels s'y soient ajoutés. Nous avons noté surtout que la malade n'avait eu ni vomissements, ni constipation opiniâtre, qu'elle

avait toujours eu un peu d'appétit, et qu'elle n'avait pas cessé de rendre quelques gaz par l'anus.

Le 4 mai, comme les douleurs persistaient avec une intensité assez grande pour empêcher les mouvements et le travail, un médecin fut appelé, lequel, après une nouvelle tentative infructueuse de taxis, nous adresse la malade.

Le 5 mai, en examinant l'aîne droite, nous y avons trouvé une tumeur grosse comme un marron, située au-dessous du pli inguinal, lobulée et mamelonnée comme serait un lipome à petits grains, pâteuse, mollassée et non élastique, comme serait, en effet, un amas de graisse un peu molle. En portant le doigt en haut et en dedans, je n'ai pas senti nettement, entre le ligament de Gimbernant et la veine crurale, le pédoncule plus ou moins consistant que nous trouvons habituellement dans la hernie crurale, et en faisant tousser la malade je n'ai senti ni une augmentation de volume, ni même une impulsion. Si quelque chose s'engage dans l'un des orifices de l'infundibulum, c'est une partie très mince, c'est-à-dire tout simplement un petit sac herniaire absolument vide. En portant la main au-dessus du pli de l'aîne, je n'ai pas trouvé non plus la corde épiploïque.

Il n'y a pas de rougeur de la peau ; mais ce qui est remarquable, c'est la douleur spontanée et très vive à la pression que cette tumeur occasionne. La patiente n'avait eu nulle part, ni du côté des orteils, ni à la vulve, ni dans les régions anale et fessière, d'écorchure ou de plaie qui aurait pu être le point de départ d'un gonflement ganglionnaire.

Repos, cataplasmes et, quand les phénomènes inflammatoires seront passés, l'emploi d'un bandage à pelote concave.

La malade quitte l'hôpital au bout de quinze jours, ne souffrant plus, mais conservant sa tumeur.

OBSERVATION VII

(Cock)

Une femme, mère de 7 enfants, dont le plus jeune est

âgé de deux mois, ressent tout à coup des douleurs dans le ventre, bassin et cuisse. La veille encore elle avait ses selles et depuis non. Elle vomit les divers médicaments donnés ainsi que les aliments. Le ventre est sensible et douloureux dans toute son étendue, mais n'est pas augmenté de volume. On découvre dans la région crurale une tumeur irréductible et très sensible à la palpation. D'après les dires de la malade, cette tumeur existe depuis sept mois sans être, jusqu'ici, gênante. Les douleurs du ventre sont rémittentes et, dans certains paroxysmes, très poignantes. On n'opère pas, car on croit plutôt à une constipation qu'à un étranglement intestinal et la tumeur est prise pour un ganglion engorgé. Lavement. Il s'ensuit une évacuation avec soulagement, mais bientôt nausées, vomissements et grande angoisse donnèrent l'allure d'une obstruction. Opération exploratrice. On découvre et on enlève une masse grasseuse derrière laquelle on trouve un très petit sac herniaire vide. On constate qu'il n'y a point d'étranglement. Les suites d'opération normales.

OBSERVATION VIII

(WENDEL)

Madeleine W., 47 ans, reprend une pneumonie. En outre elle a l'hypertrophie du foie avec jaunisse, vomissements bilieux et une douleur du côté droit. Entré à la clinique le 4 avril 1901.

Le 27 mars 1901 est apparue, tout à coup, dans le pli de l'aîne droite, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule et très douloureuse à la palpation. La toux augmentait les douleurs de la tumeur, les selles étaient suspendues et les vomissements commencés, lorsque la patiente consulte un médecin qui l'envoie à la clinique avec diagnostic : une hernie crurale étranglée.

Examen : Température matin : 37°,5 ; pouls à 100, bien

soutenu et régulier. Patiente laisse impression d'une grande malade. La région inguinale droite est sensible. La tumeur, de la grosseur d'un œuf de poule est au-dessus du ligament de Poupart et en dedans des vaisseaux. Elle a une surface bosselée et douloureuse à la palpation. La peau inaltérée n'adhère pas à la tumeur. La tumeur repose sur une base solide et ne se laisse déplacer que très peu en dedans. De la tumeur part un cordon qui se perd sous l'arcade. La tumeur est mate et irréductible. Alors on maintient le diagnostic d'une hernie crurale étranglée.

L'opération, immédiatement entreprise, nous donne les renseignements suivants :

La tumeur, composée d'un tissu adipeux, s'isole dans un milieu pâteux, infiltré. Elle montre une certaine fluctuation. Son pédoncule est un sac herniaire vide qui sort du canal crural. Il est deux fois tordu, du dehors en dedans, dans son axe longitudinal. Le sac est lié et sectionné au-dessus de la torsion. Sutures. Dans les premières quarante-huit heures, la malade présente de nombreux vomissements. Puis, tout rentre dans l'ordre et la malade, complètement rétablie, quitte la clinique le 9 mai.

La pièce anatomique nous donne les renseignements suivants : Le pédoncule de la tumeur forme le sac herniaire dont le canal n'est pas plus large qu'un crayon. Le sac est logé dans une peu épaisse masse graisseuse. A partir de la torsion, la tumeur est formée d'une masse globuleuse aplatie du dehors en dedans et ayant près de 4 centimètres de diamètre. Elle a la surface d'un lipome, mais elle est recouverte du dehors d'une forte couche de tissu conjonctif. A la coupe on trouve, au centre, une cavité de dimension d'une noisette, remplie d'une substance blanc-grisâtre, gélatineuse. La paroi de la cavité n'est pas uniquement formée du tissu adipeux, mais on remarque, çà et là, des surfaces en tissu conjonctif. La coupe transversale de la paroi nous montre, dans la zone superficielle des couches concentriques.

L'examen microscopique montre que le contenu de la cavité est formé de débris dont les formes anatomiques ne peuvent être reconnues. La paroi interne est formée de tissu

nécrosé. A celle-ci succède une forte couche de tissu adipeux. La dernière est la couche fibreuse, peu riche en vaisseaux, entrecoupée par des minces couches de tissu graisseux. Les vaisseaux sont engorgés de sang et marquent dans leur voisinage des petites infiltrations.

OBSERVATION IX

(Anibale COSTA)

Le patient est Ansaldi S..., âgé de 49 ans, balayeur, marié. Rien de notable dans ses antécédents. Il affirme n'avoir jamais contracté ni la blennorrhagie, ni la syphilis. Il s'est marié à 26 ans et a eu huit enfants, dont trois encore vivants. Les cinq autres sont morts dans la première et la seconde enfance du processus exanthématique.

Il y a près de quinze ans, sans aucune cause déterminée, étant au lit, le malade s'est aperçu qu'il existe, dans la région inguinale malade, une toute petite tumeur, de la grosseur d'un pois, mobile, indolore, aussi dure qu'une balle de plomb, et irréductible. Depuis le moment où elle a paru, elle alla en augmentant, lentement mais progressivement, et peu à peu devint moins mobile.

Ne le gênant point, le malade continue ses travaux habituels.

Le 22 octobre 1902, Ansaldi, en se baignant prit un fort froid et s'alita. On ne note pas la fièvre, mais cependant la tumeur inguinale augmente de volume et devient très douloureuse, obligeant le malade à consulter un chirurgien.

Comme premier secours on applique des cataplasmes, compresses froides et humides, pommade mercuriale, teinture d'iode et tout cela n'a pour résultat que de diminuer un peu les vives douleurs.

Ansaldi est d'aspect bien portant. Les fonctions de la vie animale et végétale paraissent régulières, l'urine est d'aspect

normal et ne donne pas, par les réactifs chimiques, ni sucre, ni albumine, ni autres éléments anormaux.

La région inguinale malade présente une tuméfaction de la grosseur et de la forme d'une pomme, recouverte d'une peau saine et sans veinosité. La tumeur, de consistance dure, présente des limites bien nettes ; elle est indolore, n'adhère pas au tissu, mobile principalement dans le sens de latéralité ; irréductible et en faisant tousser le malade on n'a pas d'impulsion.

La tuméfaction est lisse ; sa limite inférieure est le ligament de Poupart, la limite latérale interne touche au canal inguinal, et la latérale externe voisine avec l'épine illiaque. La tumeur ne paraît pas présenter aucun rapport étroit avec le canal inguinal ni avec les organes contenus dans celui-ci. La percussion donne un son mat dans toute l'étendue de la tuméfaction. La région inguinale, sur laquelle siège la tumeur, ne présente aucun ganglion lymphatique.

Le malade présente des douleurs intenses dans cette région. Ces douleurs s'accroissent en station debout et prolongée, mais surtout quand le malade veut faire quelques efforts musculaires.

Le 15 novembre 1902, opération avec l'anesthésie au chloroforme. Incision longeant le bord latéro-externe du canal inguinal. Incisions la peau et le tissu sous-cutané, l'aponévrose et notons que la tumeur, mise à nue, ne présente plus la consistance précédemment décrite, mais une semblable à celle que donne un sac plein de coton.

La tumeur est énucléée facilement et cependant, profondément, en haut, elle se montre adhérente aux tissus par un pédoncule ; alors en tirant en bas nous sommes étonnés de voir ce pédoncule se perdre dans la cavité abdominale grâce à une ouverture. Nous ne trouvons aucun rapport anatomique ou de continuité, entre le canal inguinal et la tumeur, ni présence du sac herniaire, soit comme une membrane séreuse, soit comme une pseudo-membrane conjonctive. A un centimètre près du côté externe de l'anneau inguinal interne nous trouvons un nouvel orifice, aux fibres résistantes, fait par les muscles grand et petit oblique, transverse et facia-

transversalis, par lequel orifice sort le pédoncule de la tumeur; le pédoncule présente la grosseur d'un pouce. En tirant en bas le pédoncule, nous faisons apparaître un lambeau de l'épiploon à travers l'orifice anormal. Avec le doigt, nous pouvons suivre le pédoncule dans la cavité abdominale et nous constatons qu'il s'épanouissait en appendice épiploïque. Nous faisons rentrer dans la cavité abdominale l'épiploon qui était sorti et nous procédons à la ligature du pédoncule que nous avons incisé. Sutures des différents plans.

Les suites post-opératoires étaient normales.

Examen anatomique : La capsule de la tumeur, épaisse d'un demi-centimètre, rappelle l'aspect du tissu conjonctif. La surface interne est irrégulière, mamelonnée. La surface externe est lisse, d'un blanc grisâtre, et ne montrait rien de caractéristique, mais seulement des traces de tissus voisins.

La substance de la tumeur est très jaune, molle, onctueuse, soluble dans l'éther et chloroforme.

Examen microscopique : Soit à l'examen à frais, soit après les manipulations habituelles, pour conserver les coupes, nous avons l'explication de ce qu'avait donné l'examen macroscopique. Nous avons noté une capsule fibreuse, les fibres étaient disposées concentriquement, pauvres en éléments cellulaires. De cette capsule partaient des nombreux prolongements, formés de tissu conjonctif, entourant les alvéoles disposées en lobes. Dans les petites cellules, on voyait des globules de graisse de différentes dimensions. Traité à l'éther, on voyait seulement un tissu de soutien de forme réticulée.

OBSERVATION X

(KAUFMANN)

A. G..., 44 ans, entre à l'hôpital le 8 décembre 1902.

Depuis 3 ans, le patient remarquait dans la région ingui-

nale une petite tumeur qui ne lui faisait jamais mal et pouvait toujours être réduite. Cependant, il persistait toujours un petit nodule. Il n'éprouva jamais des troubles intestinaux habituels, en dehors de coliques de temps à autre.

Le 2 décembre 1902, G..., chargeant du sable, remarqua que la grosseur augmentait de volume et qu'il ressentait des coliques. Il se mit au lit, mais ne parvint pas à réduire sa tumeur. Les douleurs ne durèrent pas.

Le 3 décembre, G... cassait du bois, mais il dut cesser son travail au bout d'une demi-journée, parce que la tumeur était devenue plus grosse ; pas de douleurs.

Les 3 et 4 décembre le patient reste au lit.

Le 5, il se rend chez un fabricant d'instruments, qui essaie de réduire la grosseur, mais n'y réussit pas. Les douleurs reparaissent, on applique un bandage.

Le 6, G... enlève le bandage, car les douleurs étaient devenues très vives, au point de l'empêcher de marcher.

Le 7, le patient se rend chez le médecin ; pas de douleurs en chemin.

Le médecin cherche en vain à réduire, et conseille à G... d'entrer à l'hôpital.

Actuellement, dans la région inguinale, au-dessous du ligament de Poupart, se trouve une tumeur de la grosseur d'une noix, recouverte par la peau normale. L'anneau inguinal est libre.

Pas de douleurs à la palpation. La réduction échoue. Matité complète. Pas des troubles du côté du tube digestif.

Opération sous narcose. Section des différents plans. Il apparaît une tumeur limitée qui est prise pour l'épiploon. La tumeur grasseuse est très sanguine, les veines sont dilatées ; il existe par places des hémorragies.

Par déplissement de la masse de graisse, on arrive à la base sur un infundibulum, recouvert de péritoine, sur la paroi duquel est situé le lipome. Pas de contenu dans le sac.

Guérison.

OBSERVATION XI
(SACHS)

Mlle K..., 38 ans, d'un état général médiocre, tombe malade le 3 août 1901, avec très fortes douleurs dans tout l'abdomen, vomissements et malaise général très prononcé. Pouls à 100. Pas de gaz. Fortes douleurs à la pression, dans la région de l'ombilic et de l'estomac. La fille me déclare qu'il s'agit là d'une attaque de colique hépatique comme elle en a déjà eu bien souvent ; les injections de morphine lui rendaient service. Aussi je lui conseille une injection de morphine à 0,015, avec application de chaleur humide. Le lendemain matin, les douleurs sont revenues. En plus il existait un certain degré de météorisme et des nausées. La même thérapeutique donna le même résultat. Mais un examen attentif montrait l'existence, dans le pli de l'aîne droite, d'une grosseur du volume d'une noix. Cette grosseur n'était pas douloureuse à la pression, mais la pression était douloureuse au-dessus du ligament de Poupart, là où on trouve le plus souvent la douleur dans le cas d'étranglement. Attention faite sur cette tumeur, la fille dit qu'elle la garde depuis longtemps et que la tumeur ne la gênait pas, sauf pendant les coliques hépatiques. Ensuite elle dit que, depuis un an environ, date à laquelle ses crises sont devenues plus fortes, elle n'était jamais tout à fait libre de ces douleurs. Elle est surtout gênée après le repas et déjà depuis longtemps elle ne mange pas à sa faim. En outre, depuis longtemps, elle ressentait une tension dans le ventre lorsque elle levait les bras. Au fond, cet interrogatoire complet éclairait le cas sous une autre lumière. La tumeur, dans le pli de l'aîne droite, devait être considérée comme une hernie crurale irréductible, contenant de l'épiploon adhérent et, de temps en temps, par traction et tiraillement, celui-ci provoquait des crises douloureuses qui étaient prises pour des coliques hépatiques.

L'opération fut faite le 5 septembre 1901. Après l'incision, on se trouve devant un lipome de la grosseur d'une noix, facilement énucléable de sa loge. Celui-ci rendait difficile la découverte du sac, alors il était coupé dans la région du

collet. Ici on trouve une toute petite saillie péritonéale parfaitement vide et ne contenant ni épiploon ni liquide, ni aucun produit d'inflammation. Là encore on constate que le sac herniaire, fortement tendu, est attiré par le lipome siégeant en avant de l'anneau herniaire, et que ce lipome est trop gros pour revenir en arrière.

Le sac fut, par traction en bas, isolé et lié, après quoi, repoussé avec force dans la cavité abdominale.

La guérison obtenue, la malade n'a plus jamais eu des coliques hépatiques.

OBSERVATION XII

(SACHS)

Mme B..., 70 ans, très maigre, bronchite, forte artériosclérose. Depuis deux jours, vomissements, météorisme très prononcé, pas des gaz. Pouls à 90. Dans la région inguinale droite, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, avec les signes d'une hernie étranglée. Cette tumeur est apparue dans les dernières semaines, à la suite d'accès de toux. Le même jour (10 mai 1902), on opère avec le Docteur A. Sachs, sous anesthésie locale, et on libère une tumeur grasseuse à laquelle on ne trouve pas, tout d'abord, le sac herniaire. Après la dissection du collet, du dehors on découvre une petite saillie péritonéale siégeant en haut et en dehors du lipome. Ce sac péritonéal est parfaitement vide et n'est pas plus grand qu'un dé (à coudre). Il est clair que le sac herniaire était maintenu tendu par le lipome et on a l'impression que la tumeur, siégeant devant l'anneau herniaire, était empêchée de retourner en arrière par l'étroitesse de l'ouverture fibreuse.

Ligature du sac herniaire, suture du facia et de la peau.

Le 22 mai 1902, la malade avait une crise cardiaque et le 23 mai elle est morte.

OBSERVATION XIII

(SACHS)

B. E..., 35 ans, conducteur, me consulte en août 1905, pour une grosseur de volume du poing, dans la région inguinale gauche, très douloureuse, analogue à un ganglion inguinal inflammé. La tumeur est depuis peu de jours, elle n'était plutôt remarquée. Et comme du côté de l'abdomen il n'y avait pas de symptômes d'occlusion, pas de vomissements, que les selles et les gaz étaient normaux, et comme l'état d'E... le permettait, j'ordonne le repos et des compresses froides. La tumeur devient, en quelques jours, de la grosseur d'une noix et E..., n'ayant pas la moindre souffrance, s'en alla.

Environ quatre mois après, le 8 novembre 1909, E... fait appeler M. le Docteur Meyer, parce qu'il vit sa tumeur tout à coup augmenter de volume et devenir douloureuse. En outre, il avait des vomissements, des douleurs dans l'abdomen et un fort malaise général. Appelé à mon tour par le Docteur Meyer, je fais retenir, comme lui, le diagnostic d'une hernie crurale épiploïque étranglée et j'opérai le même jour. La tumeur avait les mêmes caractères qu'en août 1905, mais encore en plus les signes d'étranglement. Cette tumeur, après l'incision de la peau et du fascia superficiel, se présente en partie colorée en brun-rougeâtre, bien lobulée et comme un lipome riche en veines ayant contracté de très fortes adhérences avec le tissu ambiant. En séparant les lobules graisseux, on ne trouve pas de sac herniaire de façon qu'on a dû couper après la dissection l'anneau herniaire. On ouvre alors un sac herniaire de la grosseur d'une phalange, complètement vide, et qui s'introduisait profondément dans le lipome. Guérison sans incidents.

OBSERVATION XIV

(SACHS)

Mme G..., 57 ans, déjà atteinte d'une bronchite chronique

et d'une insuffisance cardiaque, se trouve malade brusquement avec les symptômes d'étranglement d'une hernie crurale droite. Appelé par le Docteur A. Sachs, je trouve Mme G..., essoufflée, avec fortes crises de toux, d'un teint cyanosé et un pouls dépressible à 110. Le ventre est fortement tendu ; suspension des gaz. La région ombilicale et celle au-dessus du ligament de Poupart est à droite très douloureuse. Dans l'aîne droite se trouvait une peu douloureuse tumeur, de la grosseur d'une prune, qui se prolongeait dans l'abdomen, par un pédoncule aminci, sous le ligament de Poupart. Mme G... dit qu'elle n'a jamais eu une hernie et que cette tumeur était apparue dans un effort de toux. Le diagnostic posé fut l'étranglement d'une hernie crurale droite et on opère immédiatement sous l'anesthésie locale. Ici encore, on trouve dans l'intérieur du lipome, siégeant en avant de l'orifice herniaire, un sac vide. Ce lipome, en tendant le péritoine et par tiraillement, avait provoqué les symptômes d'étranglement. Extirpation du lipome et section du sac.

Guérison sans incident.

OBSERVATION XV

(SACHS)

Mlle H..., 54 ans, tombe malade tout à coup, le soir du 30 novembre 1906, avec de violentes douleurs dans le ventre (syncope), et nausées. Elle déclare que, depuis déjà plusieurs années elle souffre de semblables crises de douleurs dans le ventre, qui surviennent toujours brusquement, que, tout d'abord, il se forme un nœud dans l'aîne droite, qui disparaît spontanément au bout de quelques heures en même temps que disparaissent les douleurs. Elle dit encore qu'elle croit à un rapport entre ce nœud et les douleurs du ventre ; elle ne s'est jamais fait voir par un médecin parce que tout cela se passait avant son arrivée.

Immédiatement avant l'opération, on se trouve en pré-

sence d'une malade maigre, souffrante, avec un pouls irrégulier à 84. Abdomen tendu, météorisé, surtout à l'épigastre, et très douloureux à la pression. Dans la région crurale existe une tumeur de la grosseur d'une noix, présentant les caractères d'une hernie crurale étranglée, avec la douleur habituelle à la pression au-dessus du ligament de Paupart. En outre, nausées et absence des gaz depuis plusieurs heures.

Le diagnostic fut donné : hernie crurale étranglée, avec réserve sur la possibilité d'un étranglement épiploïque ou un lipome extra-péritonéal.

L'opération, faite le soir même, sous anesthésie locale, confirme cette dernière hypothèse. Le lipome avait la grosseur d'un petit œuf de poule et était accolé au sac herniaire. Le sac mesurait trois centimètres de long et était découvert par des incisions en X. La communication avec la cavité péritonéale était si étroite qu'un doigt ne pouvait être introduit dans le ventre. L'opération fut terminée comme d'habitude. Après l'opération disparaissent tout les maux.

Guérison.

OBSERVATION XVI

(HARDOUIN)

Le 21 décembre 1906, nous sommes appelé par notre confrère et ami le Docteur Leclerc, près d'une femme atteinte, depuis le matin, d'étranglement herniaire. La malade, âgée de 40 ans, robuste et habituellement bien portante, s'était aperçue, il y a quelques semaines, de l'existence au niveau du pli de l'aîne droite, d'une petite grosseur peu apparente du reste, mais qui la faisait un peu souffrir. Ce sont même ces douleurs légères qui avaient permis de constater la présence de cette petite glande.

Tout était ensuite rentré dans l'ordre et la malade ne

songeait plus à cet incident, lorsque le 21 décembre, elle fut prise à nouveau de douleurs assez vives dans la même région, avec coliques et quelques nausées. Un peu effrayée, elle envoya chercher un médecin, qui pensa immédiatement à la possibilité d'une hernie étranglée et essaya, avec modération du reste, quelques manœuvres de taxis, sans succès.

Après son départ, la malade essaya elle-même, à différentes reprises, de faire rentrer la hernie, et le résultat obtenu fut d'augmenter singulièrement les douleurs locales. Le médecin revient dans la soirée et, devant l'état de la malade, nous envoie chercher.

En examinant cette femme, nous constatons qu'il existe en effet au niveau du pli de l'aîne, à droite, immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, une tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, dure, tendue, rémitente, facile à limiter, légèrement mobile dans les tissus qui l'entourent. La peau est un peu rouge, par suite des manœuvres de taxis, et la palpation de la tumeur est douloureuse, avec un point maximum au niveau du pédicule.

La malade n'est pas allée à la selle depuis la veille, mais elle a rendu quelques gaz. Elle n'a pas vomi, cependant toute la journée elle a eu des nausées et elle a refusé de prendre la nourriture.

Nous confirmons le diagnostic de hernie crurale étranglée, surtout à cause de la douleur vive au niveau du pédicule ; mais, devant l'absence de phénomènes d'occlusion, nous pensons qu'il s'agit d'une épiplocèle.

Nous intervenons à la cocaïne locale, après les précautions asseptiques habituelles.

Au milieu d'un tissu graisseux abondant, nous touchons rapidement sur la tumeur que nous sentions à la palpation. Elle apparaît rougeâtre, assez dure au toucher, et s'isolent très facilement au doigt des tissus voisins, avec lesquels elle présente cependant quelques adhérences, elle s'amincit rapidement en un fin pédicule (5 à 6 millimètres), qui se perd sous l'arcade crurale.

Nous pensons alors être en présence de l'épiploon, et nous

supposons que notre sac péritonéal a été ouvert en même temps que les tissus voisins. Aussi cherchons-nous, en sectionnant plan par plan, à dégager le pédicule très fortement étranglé à l'orifice crural. Ceci est fait en quelques coups de bistouri ; mais alors, en voulant libérer les dernières adhérences qui unissent ce pédicule aux régions voisines, nous ouvrons brusquement le péritoine : un petit sac peu profond le long de notre hernie.

Une fois le péritoine ouvert, nous nous rendons compte immédiatement de la disposition anatomique de la lésion. Le tissu graisseux sous-péritonéal s'est peu à peu hernié à travers l'anneau crural ; il est venu former au dehors une sorte de polype à grosse extrémité inférieure, qui a entraîné à la suite, en faible proportion du reste, une petite partie du péritoine faisant sac, annonce pour l'avenir d'une hernie crurale vraie.

Nous plaçons un point de suture sur le péritoine, un autre sur le pédicule de la hernie graisseuse, que nous sectionnons. Enfin, nous resserrons par deux points de suture l'orifice, pas très large du reste, de l'anneau crural.

Le polype graisseux examiné était de consistance ferme. Il présentait à la vue des phénomènes de congestion très nets. Le pédicule portait des marques de forte structure.

A la coupe, la tumeur est formée de tissu graisseux, envahi par places de tissu fibreux.

OBSERVATION XVII

(HARDOUIN)

Le 31 juillet 1908, nous sommes appelé près d'une femme de 70 ans, présentant depuis la veille au soir des symptômes d'étranglement herniaire. Cette femme est vigoureuse et bien conservée pour son âge. Elle avait remarqué, il y a longtemps déjà, qu'il existait chez elle, au niveau de l'aîne droite,

une petite boule, roulante sous le doigt, mais elle n'y prêtait pas attention. Il y a un mois et demi, elle avait ressenti dans cette région une douleur assez vive accompagnée de fortes coliques qui disparurent spontanément.

Depuis deux à trois jours, la malade éprouvait à nouveau en ce point quelques malaises qui allèrent en augmentant et, la veille de notre arrivée, la douleur a été assez vive pour la forcer à garder le lit. Elle appelle alors son médecin. Celui-ci porte le diagnostic de hernie crurale irréductible, mais, devant l'absence à ce moment, de symptômes nets d'occlusion, il se contente de faire mettre des compresses froides sur la tumeur de l'aîne, et attend le lendemain.

Le lendemain matin, la tumeur est toujours douloureuse. Elle a un peu augmentée de volume. Enfin il y a eu un vomissement et il persiste quelques nausées ; pas de selles depuis quarante-huit heures.

Notre confrère pense à un étranglement et nous fait appeler.

Nous constatons immédiatement, par la vue et par le palper, la tumeur de l'aîne. Elle siège au niveau de la région crurale, présentant les dimensions d'une petite noix, pas très douloureuse à la palpation, sauf au niveau du pédicule où la pression arrache un cri à la malade ; de consistance assez dure, elle est mobile dans une certaine mesure sous le tégument.

Nous confirmons le diagnostic de hernie étranglée, mais la malade n'ayant eu qu'un vomissement, depuis le matin, nous pensons qu'il s'agit là d'une épiplocèle.

Nous intervenons immédiatement. Anesthésie locale à la cocaïne. Incision de six centimètres, directement sur la tumeur, que nous ne tardons pas à découvrir sous les téguments, au milieu de tissu du voisinage dont elle ne se différencie que par sa résistance assez ferme au toucher et sa coloration jaune rougeâtre. En disséquant rapidement cette tumeur, nous voyons qu'elle est en réalité composée de deux portions distinctes, de la grosseur d'une noisette chacune, faiblement unies aux tissus voisins et présentant chacune un pédicule distinct d'une muqueuse très grande, deux à trois millimètres à peu près, lisse, ressemblant à un petit ligament et remontant dans l'anneau crural. A ce point, il est

étranglé au même niveau pour chacun d'eux. Ces deux pédicules mesurent deux centimètres et demi à trois centimètres environ.

Nous rappelant notre première observation, nous avons immédiatement pensé à la possibilité d'une tumeur graisseuse sous-péritonéale et nous avons dégagé avec soin la région pour nous rendre compte de sa formation anatomique.

L'étranglement levé, il nous a été facile de voir que la striction portait bien sur les pédicules fibro-grassey, qui étaient échymotiques au point sacré. En outre, le péritoine formait un petit diverticule, très visible lorsque l'on exerçait une traction légère sur la hernie graisseuse, mais il ne paraissait pas avoir été compris dans l'étranglement.

Nous terminons par section des deux pédicules, au ras du péritoine, et nous mettons deux points de suture pour fermer l'anneau crural, peu ouvert du reste, chez notre malade.

Suites opératoires : Sans incidents. La coupe macroscopique nous montre que les deux petites tumeurs sont constituées de tissu graisseux congestionné, avec travées fibreuses anciennes.

OBSERVATION XVIII

(TOURNEUX et BOULARU)

Marie M...; âgée de 40 ans, a été amenée d'urgence, le 8 janvier 1912, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, pour une hernie crurale étranglée. La malade, robuste et bien portante, présentait, depuis une douzaine d'années, dans la région crurale droite, une petite tumeur de la grosseur d'une noix, tumeur molle, mobile et se réduisant parfaitement. Le 3 janvier, vers 9 heures du matin, à la suite d'un léger effort, cette hernie devient dure, résistante et irréductible, tout en restant cependant mobile. Elle devint en même temps douloureuse et, au bout de peu d'heures, ces douleurs s'irra-

diaient dans toute la région ; puis, le 5 survinrent des nausées, suivies bientôt d'arrêt des matières et des gaz. Un médecin appelé pensa de suite à une hernie étranglée et tenta des manœuvres de taxis qui n'eurent aucun résultat ; dans la journée du 6, les nausées continuèrent, un léger ballonnement du ventre se manifesta, ainsi que des vomissements. On jugea alors une intervention nécessaire, et le lendemain matin, la malade fut amenée à l'hôpital.

En examinant cette femme, on constate qu'il existe au-dessous de l'arcade crurale droite une petite tumeur dure, tendue, résistante, mobile sur les plans profonds et douloureuses au toucher. Ces différents symptômes, joints à l'arrêt absolu des matières et des gaz nous firent penser à une hernie étranglée, bien que nous ayons été frappé de la mobilité de la tumeur. L'intervention fut faite immédiatement, sous l'anesthésie au chloroforme. Par une incision verticale de huit centimètres, intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, on arriva sur une masse jaune rougeâtre, délimitant assez facilement des plans environnants. On la disséqua et on dégagaa son pédicule jusqu'à l'anneau crural. On reprit alors la tumeur herniaire et on la dissocia, afin d'arriver sur le sac : au centre de cette masse se trouvait un petit diverticule et on termina la cure radicale par le procédé de Berger.

La guérison se fit sans complication. Après l'intervention, en examinant la tumeur enlevée, on a constaté qu'il s'agissait d'un gros lipome contenant à son intérieur un diverticule péritonéal ; cette masse adipeuse présentait un sillon d'étranglement à sa partie supérieure, elle était très fortement vascularisée et était le siège d'un certain nombre de suffusion sanguines.

OBSERVATION XIX

(TOURNEUX)

Le 4 novembre 1912, Marie A..., âgée de 61 ans, fut amenée d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, pour une hernie cru-

rale étranglée. Il y a un an environ, la malade s'est aperçue de la présence, dans la région crurale droite d'une petite tumeur indolore et irréductible que son médecin lui dit être une hernie. Le 29 octobre, vers 4 heures de l'après-midi, cette hernie devint dure, résistante, irréductible et douloureuse. Le médecin appelé pensa tout de suite à une hernie étranglée et tenta des manœuvres de taxis qui n'eurent pour résultat que d'augmenter les souffrances de la malade ; il conseilla en même temps l'application de compresses chaudes et humides.

Dans la journée, survinrent des nausées, pendant que les douleurs s'étendaient à tout l'abdomen ; un léger ballonnement apparut en même temps qu'avaient lieu des vomissements. Les jours suivants, le même tableau clinique se compliquant le 2 novembre d'arrêt des matières et des gaz, aussi, à la date du 3, le médecin conseilla-t-il une intervention chirurgicale pour laquelle la malade fut amenée à Toulouse le lendemain matin.

En examinant cette femme nous constatons qu'il existe, au-dessous de l'arcade crurale droite une petite tumeur dure, mobile sur les plans profonds, irréductible, douloureuse au toucher.

Si l'arrêt absolu des matières et des gaz devait nous pencher vers l'idée de hernie étranglée, l'histoire clinique de la malade, la mobilité de la tumeur et surtout le souvenir du premier cas observé dans le service, nous firent penser plutôt à un lipome préherniaire étranglé et c'est à ce dernier diagnostic que nous nous arrêtâmes.

Sous l'anesthésie générale au chloroforme, nous incisons la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sur une étendue d'environ huit centimètres ; nous tombons alors sur une masse jaune-rougeâtre, se séparant assez facilement des différents éléments constitutifs à la région. Nous la disséquons soigneusement et arrivons jusqu'à l'anneau crural qui est assez étroit et qui est débridé ; nous voyons alors que la tumeur est rattachée au péritoine par un pédicule assez grêle ; au centre de la tumeur, se trouve un petit kyste rempli d'une substance de couleur brunâtre, rattaché au pédicule dont

nous venons de signaler la présence. Nous avions donc affaire à un ancien sac herniaire, oblitéré dans sa partie profonde et dont la partie superficielle, transformée en l'état de kyste était restée incluse dans un noyau lipomateux. Le pédicule fut lié, et on termina la cure radiale par le procédé de Berger.

L'examen de la tumeur nous a montré qu'il s'agissait là d'un gros sac herniaire, partiellement oblitéré et dont la cavité subsistante était remplie par un contenu hématique ayant infiltré une partie des parois. Quand au lipome, il était le siège de nombreuses hémorragies diffuses dues à la rupture des vaisseaux capillaires.

OBSERVATION XX

(TOURNEUX)

Gille B..., 76 ans, a été amené d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, le 31 janvier 1914, pour une hernie inguinale étranglée. Le 23 janvier, vers 5 heures de l'après-midi, comme notre malade était occupé à un travail assez pénible, nécessitant un effort prolongé, il ressentit soudain une douleur dans la région inguinale gauche, douleur assez vive pour le forcer à interrompre son labeur. Il constata alors la présence d'une tumeur dure, résistante, très douloureuse, et irréductible. Notre malade rentra chez lui, s'alita et se fit placer sur la région malade toute une série de cataplasmes ; les douleurs augmentèrent dans la nuit, s'accompagnant de nausées. Le lendemain, il y avait arrêt complet des matières et des gaz, et dans la soirée survinrent des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. On songe alors à faire venir un médecin qui ne se présente que le 28 et qui, devant l'état du patient, conseilla une intervention chirurgicale ; pourtant, ce ne fut que le 30 au matin que Gille B... fut amené à Toulouse.

En examinant ce malade, on constate qu'il existe dans la région inguinale gauche une tumeur du volume d'un petit œuf, de consistance assez ferme, mate, douloureuse au toucher,

mobile sur les plans, profondes et irréductible. Pouls à 90. Température, 38°2. Ces signes, joints aux troubles fonctionnels ne pouvaient laisser de doutes sur la nature de l'affection ; il ne pouvait s'agir que d'un étranglement herniaire, et la persistance ainsi que l'intensité des phénomènes intestinaux semblaient devoir prouver que l'on se trouvait bien en présence d'un étranglement contenant une anse intestinale.

Ce ne fut pourtant pas ce diagnostic qui fut porté ; en examinant la tumeur, nous avons pu remarquer qu'elle présentait un caractère bien particulier : la mobilité, symptôme que l'on ne rencontre jamais dans les petites hernies compliquées d'étranglement, mais que nous avons pu constater chaque fois que nous nous étions trouvé en présence d'un lipome préherniaire étranglé ; aussi, malgré le cortège symptomatique présent, est-ce à cette dernière opinion que nous nous arrêtons.

L'intervention faite sous la rachi-anesthésie, par suite de vomissements incessants du malade, fut extrêmement simple ; après la section de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, nous avons aperçu, se dégageant en partie de l'anneau inguinal, une tumeur de couleur grisâtre, se déchirant sous les doigts et répandant une odeur infecte. Afin de la mieux circonscrire et de pouvoir l'enlever en bloc, nous avons incisé l'anneau herniaire très serré, ainsi que la paroi du canal inguinal et nous avons vu que nous avions bien affaire à un véritable lipome préherniaire étranglé, dont la partie supérieure, retenue dans le canal inguinal par la striction de l'anneau, ce qui avait déterminé un sillon d'étranglement fort net, était suspendue à l'extrémité d'un petit diverticule péritonéal.

Etant donné les conditions d'inflammation et de suppuration de cette masse graisseuse, le diverticule péritonéal fut dégagé le plus haut possible, sans toucher au lipome, puis, après qu'on se fut bien assuré qu'il ne contenait aucun organe, il fut lié au catgut et sectionné. Opérant alors de haut en bas, nous avons continué le dégagement du petit diverticule et l'avons enlevé avec un lipome qui fut facile-

ment énucléé des plans avoisinants auxquels il adhérait. La cure radicale fut faite par le procédé antéfuniculaire et par mesure de précaution, on laissa dans l'angle inférieur de la plaie une petite mèche, en vue du drainage. Les suites opératoires furent des plus normales et, vingt jours après l'opération, le malade quittait le service complètement guéri.

Nous avons ultérieurement examiné la tumeur enlevée et en avons prélevé un certain nombre de fragments pour l'examen histologique.

L'examen du lipome fut des plus instructifs, car il nous montra jusqu'à quel degré avancé peuvent aller les alternations causées par l'étranglement. Alors que nos recherches, portant sur les diverses tumeurs précédemment enlevées, ne nous avaient jamais montré que des lésions minimes, consistant en ruptures capillaires, en infiltrats hémorragiques et en petits lacs sanguins, nous avons pu nous rendre compte cette fois, qu'en plus de ces lésions de stases sanguine, il existait de véritables altérations infectieuses dues à la présence de colibacille, ayant entraîné une complète dégénérescence des éléments anatomiques et, par suite, le sphacèle de la plus grande partie de la tumeur.

Le quart supérieur du lipome demeuré inclus au sein du canal inguinal ne présentait que peu de lésions, sauf dans la région avoisinant le sillon d'étranglement où existaient de véritables infarctus au milieu des lobules adipeux ; quant à la partie inférieure, elle ne présentait pour ainsi dire plus de structure normale et consistait en une masse désagrégée infiltrée de gouttelettes de pus, et offrant encore, en de rares points, la trace d'infiltrations hématiques et de lacs sanguins.

OBSERVATION XXI

(TOURNEUX)

André D..., âgé de 55 ans, est entré le 6 mars 1913 à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, pour une hernie inguinale droite étran-

glée. Dans la journée du 1^{er} mars, cette hernie, qui n'avait apparu que depuis une quinzaine de jours, devint, à la suite d'efforts successifs, dure, irréductible et douloureuse, ce qui força le malade à s'aliter. Puis, les jours suivants, les douleurs s'irradiaient dans tout l'abdomen, s'accompagnant de nausées, de vomissements et d'arrêts des matières et de gaz, ce qui le fit amener à l'hôpital.

En l'examinant, on constate, dans la région inguinale droite, la présence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, dure, résistante, mate, non réductible, mais présentant une certaine mobilité sur les plans profonds. Pouls à 80. Température 37°2. Le premier diagnostic qui nous vint à l'esprit fut celui de hernie inguinale étranglée, mais la présence de la mobilité de la tumeur, ainsi que le souvenir des cas précédents nous fit incliner vers la pensée d'un lipome préherniaire étranglé.

L'intervention eut lieu sous anesthésie au chloroforme. Incision de huit centimètres de long, qui fait découvrir une petite tumeur rougeâtre, s'isolant assez facilement et appliquée contre l'anneau inguinal externe qui est assez serré. Le canal inguinal fut alors ouvert sur une partie de son étendue, et en écartant les deux lèvres de l'incision, on voit que la tumeur se prolongeait par un cordon fibreux s'attachant sur la séreuse péritonéale. Il fut lié et sectionné, ce qui permit d'enlever la tumeur. L'intervention fut terminée par la cure radicale, les suites opératoires furent normales.

La tumeur enlevée consistait en un gros lipome, très fortement vascularisé et dont la partie supérieure présentait des traces de striction, sous forme de sillon très net. Au sein de la masse grasseuse, décomposée en lobules par travées des fibreuses partant du pédicule, se trouvaient un certain nombre de petits lacs sanguins résultant de la gêne circulatoire apportée ; tout le lipome présentait de plus des infiltrations sanguines.

CONCLUSIONS

Les lipomes préherniaires, dans les régions crurale et inguinale, sont susceptibles de donner lieu à des accidents :

Les uns mécaniques, torsion et étranglement ;

Les autres inflammatoires, l'inflammation étant transmise le plus souvent par le sac herniaire avec lequel le lipome est en connexion, exceptionnellement par une lymphangite du voisinage.

Cliniquement, les symptômes sont peu différents quel que soit l'accident, mécanique ou inflammatoire, et peuvent se présenter sous deux formes :

a) Syndrome de l'étranglement herniaire ;

b) Syndrome atténué (nausées, crises douloureuses).

Ces accidents peuvent, par eux-mêmes, devenir une indication opératoire de la hernie.

L'opération sera, dans les cas atténués, la cure radicale de la hernie. La résection du lipome n'est qu'un point particulier de l'opération.

Dans les cas graves, où les symptômes sont ceux de l'étranglement herniaire, où le lipome présente des

caractères inflammatoires, il sera prudent de ne pas se contenter de la cure radicale pure et simple ; il faudra tenir compte que l'inflammation du lipome est souvent symptomatique d'une infection venue du sac, particulièrement d'un étranglement intestinal (pincement latéral) réduit spontanément ou au cours de l'intervention. Et alors il convient d'ouvrir largement le sac, de se donner du jour vers le péritoine, de façon à ne pas laisser passer inaperçu un étranglement herniaire susceptible de donner lieu à des accidents secondaires mortels.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 17 Janvier 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- AMBROISE PARÉ (Œuvres d'). — Edition Malgaigne, Paris, 1841.
- BERNUTZ. — *Sur les hernies graisseuses*. Thèse de Paris, 1846.
- BIGOT. — *Sur les tumeurs graisseuses extérieures au péritoine qui peuvent quelquefois simuler les hernies*. Thèse de Paris, 1821.
- COCK. — Select cases of strangulated hernic. *Guy's hosp. rep.* vol. VI, 1849.
- COSTA (A.). — Anomala estrinsecatzione inguinale di un lipoma. *Riforma Medica*, 1904, Napoli.
- COSTILHES (H.). — Hernie inguinale graisseuse simulant une hernie épiploïque étranglée. *Gazette Médicale de Paris*, 1842.
- CRUVEILHIER. — *Essai sur l'anatomie pathologique*, t. II, Paris 1816.
- DELAUNAY (A.). — Relevé des opérations des hernies étranglées. *Gazette Médicale de Paris*, 1861.
- DELBET (P.). — Rapport sur une communication de Hardouin. *Bill. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, 1911.
- GOSSELIN (L.). — *Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Charité*, 1879, t. III.
- HUTCHENSON. — Lipomata in herniale regions. *Transac. of the pathological society of London*, 1886.
- JABOULAY et PATEL. — *Des Hernies*, p. 213.
- KAUFMANN (E.). — Über plötzliches Auftretens und Einklemmung von Fettbrüchen. *Inaug. Dissert Freiburg im Brisgau*, 1904.

KÖNIG. — *Handbuch für spezial Chirurgie*, Bd II.

SACHS (W.). — Über Einklemmungs ercheinungen bei Fettbrüchen. *Muenchener Medizinische Wochenschrift*, 27 octobre 1908.

SCARPA. — *Traité pratique des Hernies*. Traduction française par Cayol, Paris, 1812.

TILLAUX. — *Traité de Chirurgie clinique*, Paris, 1889.

TOURNEUX (J.-P.). — Lipome préherniaire étranglé. *Archives médicales de Toulouse*, 15 déc. 1912.

— Les lipomes préherniaires étranglés. *Revue de Chirurgie*, 1920.

TOURNEUX et BOULARAU. — Un cas de lipome préherniaire étranglé. *Toulouse Médical*, 9 octobre 1912.

WENDEL (W.). — Über die Torsion eines « Fettbrückes » und ihre folgen. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Leipzig, 1902, Bd LXV.

WERNHER. — Von Fettbrüchen und bruckähnlichen Fettgeschwulsten. *Virchow' Archiv*, 1869, Bd 47.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	7
Chapitre I. — Les accidents provoqués par les lipomes préherniaires	10
1. Accidents mécaniques.....	10
a) Etranglement.....	10
b) Torsion	14
2. Accidents inflammatoires.....	15
Chapitre II. — Symptomatologie.....	20
1. Le syndrome étranglement herniaire..	20
2. Les formes atténuées	23
Chapitre III. — Indications thérapeutiques.....	26
Observations	29
Conclusions	60
Bibliographie.....	62
